

ASCARIDES LOMBRICOÏDES

N° 16

DANS LES VOIES BILIAIRES
ET DANS LE FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1906

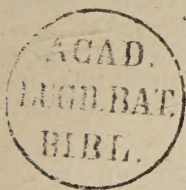
PAR

André SAHATTCHIEFF

Né à Gabrovo (Bulgarie), le 16 février 1883.

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

MENTION MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—
1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophthalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agr. (*).
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, Ag. libre
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (*)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIRES	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. GRANEL, <i>président</i> .	MM. VIRES, <i>agrégé</i> .
SARDA, <i>professeur</i> .	GAGNIÈRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A. SAHATTCHIEFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRANEL

A TOUS MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR WATEFF

MÉDECIN EN CHEF DE LA CLINIQUE INTERNE DE L'HOPITAL ALEXANDRE
A SOFIA

A. SAHATTCHIEFF.

INTRODUCTION

Il y a deux ans, pendant les vacances, nous avons fait la connaissance de M. le docteur Wateff, médecin de l'hôpital « Alexandre », à Sofia (Bulgarie). Il nous a communiqué quelques-unes de ses publications parmi lesquelles se trouvait l'observation d'un homme mort à la suite d'un abcès du foie de nature indéterminée avant la nécropsie. A l'autopsie, on constata la présence d'ascarides dans les canaux biliaires et dans le parenchyme même du foie. Cette observation nous intéressa fortement. Revenu en France, nous avons cherché dans la littérature médicale les faits analogues publiés, ainsi que les travaux parus sur la question. Nous avons été frappé du petit nombre d'observations connues dans la science, ainsi que du peu de connaissances que nous possédons sur la question. Nous avons donc cru utile de traduire l'observation du docteur Wateff, écrite dans une langue que peu de gens manient (en Bulgare), de réunir toutes les autres observations connues, et de tenter d'établir, autant qu'il est possible pour le moment, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et la pathogénie de cette curieuse affection. De cette étude, nous faisons l'objet de notre thèse inaugurale.

La présence d'ascarides lombricoïdes dans le foie a depuis longtemps frappé les observateurs, puisque certaines observations sont vieilles de plusieurs siècles. Mais ce n'est qu'en 1858, que Bonfils se basant sur 23 faits connus, a essayé de fai-

re une étude d'ensemble, tâchant de résumer l'état des connaissances sur ce point. Plus tard, Davaine, dans son « Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques », rapporte 37 observations (que nous reproduisons en entier), sans, toutefois, essayer de faire une étude anatomo-clinique complète. Depuis ce travail, nous n'avons pu trouver que 4 observations publiées dans différents pays, ce qui porte leur nombre à 41.

Beaucoup d'auteurs se contentent de signaler la présence d'ascarides dans le foie sans donner aucune indication sur les symptômes, ni sur l'anatomie pathologique.

La plupart de leurs observations sont incomplètes, et petit est le nombre de celles assez complètes qui peuvent servir de base à une étude anatomo-clinique. A ce point de vue, l'observation du docteur Wateff mérite toute attention.

Prenant comme point de départ les rares cas connus, réunissant les renseignements donnés par les auteurs, nos connaissances sur les maladies du foie et des canaux biliaires et particulièrement sur la lithiase biliaire étant, en outre, beaucoup plus précises, nous croyons qu'on peut se faire aujourd'hui une idée assez nette, aussi bien des lésions produites par la présence d'ascarides dans les voies biliaires que des tableaux cliniques que peut présenter cette curieuse affection.

Pour la clarté et la facilité de l'exposition, nous avons divisé notre travail en deux parties. Dans la première, nous reproduisons les 41 observations que nous avons recueillies. Nous avons divisé la seconde en 5 chapitres, dans lesquels nous essaierons d'étudier successivement :

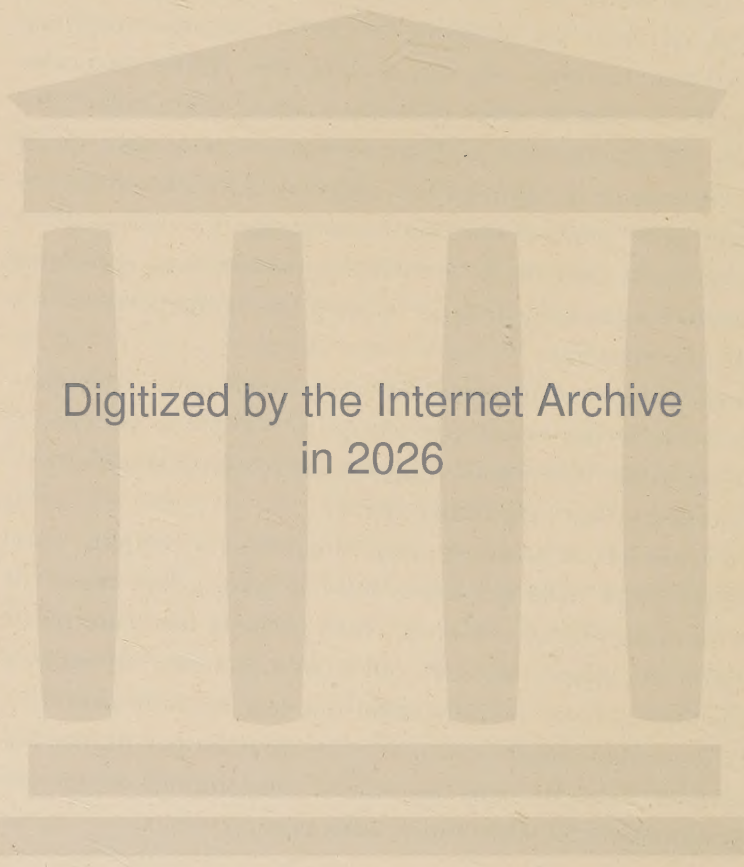
- 1° L'étiologie et la pathogénie.
- 2° L'anatomie pathologique.
- 3° La symptomatologie.
- 4° Le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Enfin, dans le cinquième chapitre, nous donnons les conclusions de notre étude.

Avant de commencer ce travail, qui mettra un terme à nos études médicales, qu'il nous soit permis d'acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée à l'égard de nos Maîtres, qui nous ont acheminé vers le but que nous touchons aujourd'hui. Ils nous ont dirigé dans nos études médicales qui nous serviront de bases dans l'exercice de notre noble profession. Ils ont su nous inspirer l'amour de la science qu'ils nous ont enseignée ; grâce à eux, nous possédons la culture nécessaire pour pouvoir continuer nos études en dehors de la Faculté, car le domaine de la Médecine est très vaste et réclame un labeur incessant pour nous initier à une faible partie de ses troublants mystères.

Nous tenons particulièrement à exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Granel, qui a accepté la présidence de notre thèse. Nous nous rappellerons toujours son bienveillant accueil et son inépuisable bonté.

Un autre devoir nous est encore bien doux à remplir. Dans quelques jours nous quitterons avec le plus grand regret ce beau pays de France, où nous avons passé la meilleure partie de notre vie. Que tous ceux qui nous ont rendu agréable le séjour loin de notre patrie sachent que leur souvenir sera à jamais gravé dans notre cœur. Nous ne voulons pas quitter nos camarades Français sans les assurer du profond regret que nous éprouvons aujourd'hui à nous séparer d'eux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ASCARIDES LOMBRICOIDES

DANS LES VOIES BILIAIRES

ET DANS LE FOIE

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

Lombrics dans le canal cholédoque

OBSERVATION PREMIÈRE (Hayner). — Sept lombrics existaient dans les conduits biliaires très dilatés ; un huitième, introduit à demi dans le conduit cholédoque et à demi dans le duodénum, montrait la route que les précédents avaient suivie pour arriver dans les voies biliaires.

OBSERVATION II (Broussais). — Un militaire souffrait beaucoup de la région hépatique et dans toute l'étendue de l'épigastre ; il était jaune, la fièvre était violente, l'agitation à son comble ; le tout accompagné d'une respiration entrecoupée, suspireuse et de mouvements convulsifs. Il périt au bout d'une quinzaine de jours.

Je rencontrai un foie de couleur naturelle, quoique assez tu-

méfié par l'engorgement sanguin, mais ce qui m'étonna le plus, ce fut de découvrir dans le duodénum un énorme lombric à moitié engagé dans le canal cholédoque, et un autre, non moins considérable, qui s'était introduit jusque dans le parenchyme du foie en suivant la même route où s'était engagé le précédent.

OBSERVATION III (Tonnelé). — Une fois j'ai rencontré un de ces entozoaires (ascaride lombricoïde) à demi introduit dans le conduit cholédoque, qu'il remplissait en entier. Il n'en était résulté aucun accident. La vésicule biliaire et le canal hépatique étaient vides. Peut-être les vers s'étaient-ils engagés depuis peu dans les voies biliaires.

OBSERVATION IV. — Interim unicum illud, dum hæc scribo, in mentem venit, quod in observationibus tuis legi, ex meo relatu aditum, de ver me in cysti fellis reperto, verissimum quidem illud esse, non unum sed duos fuisse vermes, qui in puella quadam hydrope mortua Monspeli, cujus cadaver in hospitio meo secui, sunt inventi: quorum unus adhuc inhærebat poro cholagogo declivi, at alter penetrarat in hepar; quos ego non in vesica fellis genitos, sed ex intestinis per meatum illum expurgandæ bili destinatum ascendisse existimo, cysti fellis aquea bile vel aquoso potius humore, quam felle referta in corpore hydropico, hinc etiam alterum vermen penuria alimenti ad hepar penetrasse verisimile est...

OBSERVATION V (Nebel). — Sed in cadavere militis, tam in ductu cystico quam hepatico, invenit lubricum Nebelius et copiosos simul in intestinis; unde non sine ratione suspicatur,

lumbriicos ex duodeno per ductum choledochum in ductum cysticum et hepaticum irrepisse.

OBSERVATION VI (Hayner). — In cadavere feminæ periodice maniacæ idem auctor (Hayner) ascaridem in ductu choledochæ offendit.

OBSERVATION VII. — Puer quatuordecim annorum in febrem acutam, variis torminibus stipatam, incidit. Uberrime fluebat saliva, tumebat abdomen et præsertim hypochondrium dextrum. Facies et ipsimet oculi subicteritium colorum præ se ferunt, sæviunt cardialgiæ, pulsus inequalis exploratur; albicant dejectiones alvinæ ac demum ingruunt inter fericiores dolores, convulsionones lethales.

Hepar tumidum et croceum occurrit ; cystis fellea bile ultra modum turget. Ductus communis a lumbrico proceriori, hoc educto, repletur et obturatur. Ventriculus et intestina vermicibus scatebant.

OBSERVATION VIII (Rœderer et Wagler). — Rœderer et Wagler, en faisant l'autopsie d'une femme de 33 ans, morte d'une fièvre muqueuse, remarquèrent que le canal cholédoque était dur, cylindrique et allongé ; l'ayant incisé, ils y trouvèrent un lombric qui le remplissait complètement et dont l'une des extrémités faisait dans la vésicule biliaire une saillie d'environ trois centimètres; un autre lombric existait dans le duodénum. La vésicule du fiel contenait un calcul rond, irrégulier et mobile dans son col.

OBSERVATION IX (Buona-Parte). — Le célèbre médecin Buona-Parte, de Pise, trouva un lombric assez grand dans le con-

duit cholédoque; il attribua avec juste raison l'ictère auquel a succombé le malheureux malade à la présence de ce lombric.

OBSERVATION X (Zéviani). — Zéviani a observé aussi un lombric dans une situation semblable.

Charcelley et Jobert ont observé chacun un cas d'ascaride lombricoïde dans le cholédoque (cités par Bonfils).

Lombrics dans le canal cystique et la vésicule biliaire.

OBSERVATION XI (Heaviside). — Le docteur Heaviside conservait dans sa collection, à Londres, un lombric dont la tête était entrée dans la vésicule du fiel et une portion de la queue se trouvait dans le conduit cystique.

OBSERVATION XII (Bloch). — Dernièrement j'obtins, dit Bloch, un ascaride blanc et mince de la longueur de cinq pouces (14 centimètres), que M. Macker, chirurgien-major, a trouvé à l'ouverture d'un cadavre, dans la vésicule du fiel.

OBSERVATION XIII (Carlo-Lorry). — Vidimus maniacum, exulceratione leviorē nasi labique superioris fere continua vexatum, qui primo vulgo sic dicto crampo admodum dolorifico unius hinc et alterius manus brachique afficiebatur. Simili dolore haud ita longue post pes uterque atque crura corripiebantur. Hunc statim exipiebant convulsionēs atrocissimae totius corporis et continuae per plures dies, inter quos summosque cruciatus ejulatusque aeger magnam lombricorum vim sensim evomens, miserrime examinabatur.

Cadavere aperto, inter alia notatu digniora, rarissimo et

quantum scimus nunquam antehac cognito exemplo, tres quoque magnos lombricos mortuos vesiculæ fellæ una cum bile habecum solitorum muriaë, quoad colorem et consistentiam simillima inclusos sectione deteximus.

OBSERVATION XIV (Musée de Boston, n° 882). — Lombric de la vésicule du fiel d'un homme mort de dysenterie aiguë.

Ascarides lombricoïdes dans les canau biliaires

OBSERVATION XV (Docteur Treille). — Le docteur Treille m'a raconté, dit M. Fauconneau-Dufresne qu'un sapeur, âgé de 28 ans, et fort, se trouvait, pendant l'été de 1806, à l'hôpital d'Udine, éprouvant de la fièvre, des vomissements, une douleur vive à la région du foie, et ayant un ictère. Il mourut et M. Treille trouva un long ver lombrique engagé dans les conduits cholédoque et hépatique.

OBSERVATION XVI (Cruveilhier). — A l'autopsie d'une femme morte d'une pneumonie latente (1320), M. Cruveilhier a vu deux ascarides lombricoïdes remplissant les deux divisions du canal hépatique qui occupent le sillon transversal du foie. Trois autres vers étaient engagés dans des divisions moins considérables. Du reste il n'y avait aucune trace d'inflammation, soit dans le foie, soit dans les conduits biliaires. Le malade n'avait éprouvé aucun symptôme du côté de l'abdomen.

OBSERVATION XVII (Tenderini). — Le docteur Tenderini, de Carrare, écrit à la Société médico-physique, que, en 1852, en ouvrant le cadavre d'une femme morte des suites d'une fracture du crâne, il trouva un des conduits biliaires occupé par un

ascaride lombricoïde long de 13 centimètres. Le foie était augmenté de volume et ramolli ; le péritoine était enflammé.

OBSERVATION XVIII (W.-B. Ioi). — W.-B. Ioi dit avoir vu des ascarides lombricoïdes obstruer les conduits biliaires.

OBSERVATION XIX (Leclerc, de Toul). — M. Leclerc père, médecin à Toul, a vu, en 1828, chez un malade de son service, des lombriques qui avaient pénétré jusque dans le foie.

OBSERVATION XX (Lobstein). — Une femme d'une cinquantaine d'années mourut à la clinique de Lobstein.

A l'examen du cadavre, on rencontra une énorme quantité de vers lombrics dans toutes les divisions du canal hépatique et le canal cholédoque en était, pour ainsi dire, farci ; ce canal avait acquis, par sa distension, la grosseur du doigt.

Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est qu'un calcul biliaire pisiforme, qui correspondait par sa base à l'orifice duodénal, qu'il obturait complètement, ayant été divisé montra qu'il avait pour noyau un lombric desséché.

OBSERVATION XXI. — Un enfant qui se plaignait de coliques légères (dans la même observation, citée par Bonfils, on dit au contraire que les coliques étaient très fortes), fut bientôt après pris de convulsions qui furent suivies d'une mort prompte. A l'ouverture du cadavre, nous ne trouvâmes aucune altération dans le cerveau, dans le prolongement rachidien et dans les organes contenus dans la poitrine et dans le ventre ; on reconnut seulement que deux ascarides de 7 à 8 pouces de longueur avaient pénétré par le canal hépatique et s'étaient

introduits profondément dans les canaux biliaires. — Comme les convulsions avaient immédiatement suivi les coliques, nous avons pensé que l'introduction brusque et instantanée de ces deux animaux dans les conduits biliaires avait été la véritable cause de ces convulsions.

OBSERVATION XXII (Estevenet). — M. Estevenet montre le foie d'un enfant de trois ans, sur lequel on ne possède aucun renseignement et dont les conduits hépatiques sont remplis de vers lombriques. Ces derniers occupent jusqu'aux dernières ramifications de ces canaux, près de la superficie de cet organe. On n'en trouve aucun dans la vésicule. Il n'y a, du reste, aucune altération du foie ni de ses vaisseaux.

OBSERVATION XXIII. — Un enfant de trente mois, élevé hors de Paris, est amené à l'hôpital Necker, en janvier 1896, dans l'état le plus grave, et conduit par une femme qui ne peut nous donner aucun renseignement. L'enfant était très maigre et portait au cou, notamment du côté gauche, de grosses tumeurs ganglionnaires. Il avait de la toux, des râles, de la faiblesse dans les bruits respiratoires en certains points du poumon, de la diarrhée. Les cils étaient fort longs. L'amaigrissement était survenu graduellement. L'enfant fut jugé tuberculeux.

Vers le milieu de janvier et dans les premiers jours de février, il rendit environ une quinzaine de vers intestinaux; puis à partir de ce moment, il tomba dans un état de morosité extraordinaire. Il était assoupi et ne pouvait être éveillé, malgré tous les efforts qu'on faisait pour le tirer de cet état. Le poulx devint lent, irrégulier. La respiration prit le même caractère. Il survint après une opiniâtre constipation, un peu de diarrhée qui parut provoquée par l'administration du calomel. On cons-

tatait d'ailleurs dans le ventre et surtout du côté droit, de nombreuses tumeurs, qu'on regarda comme des masses tuberculeuses. La stupeur continua avec le ralentissement du pouls, et l'enfant mourut sans convulsion dans la matinée du 7 février. Ses dernières garde-robes avaient été diarrhéiques et contenait deux vers intestinaux.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain matin, on constatait les lésions suivantes: les ganglions du cou forment une masse tuberculeuse, en partie ramollie; les ganglions bronchiques et mésentériques, le parenchyme pulmonaire, la rate et les reins, ne contiennent pas la moindre trace de matière tuberculeuse. La substance cérébrale, examinée avec le plus grand soin, est parfaitement nette; on ne trouve pas dans la pie-mère la moindre granulation; mais du côté de l'intestin, apparaissent les lésions les plus inattendues et les plus insolites.

Depuis le duodénum jusqu'à l'anus, l'intestin est littéralement rempli d'ascarides lombricoïdes qui le distendent, entremêlés les uns dans les autres ou allongés parallèlement. Dans les points où la distension est la plus forte, l'intestin est le siège d'une vive phlegmasie. Le cœcum, particulièrement, contient une énorme accumulation de vers qui en augmentent considérablement le volume. Un lombric est engagé dans l'appendice cœcal, qu'il remplit. Ces masses formées par les ascarides sont précisément celles qui pendant la vie faisaient croire à des tumeurs mésentériques.

Dans le canal cholédoque, dans le confluent des conduits hépatiques et dans un grand nombre de canaux biliaires, on trouve des lombrics d'un volume considérable, aussi gros que ceux de l'intestin, distendant les canaux dans lesquels ils sont logés et formant une espèce d'ampoule située profondément dans l'intérieur même de l'organe. La vésicule biliaire ne renferme aucun ver, elle ne contient que du mucus.

OBSERVATION XXIV (Auteur inconnu). — Dans le *University Museum* (Philadelphie?), il y a une préparation du foie d'un enfant, dans lequel plusieurs ascarides lombricoïdes ont pénétré jusque dans les divisions du conduit hépatique.

Perforation des conduits biliaires

OBSERVATION XXV (Fontaneilles). — Il s'agit dans cette observation d'un garçon de 16 ans qui mourut après seize jours d'une maladie dans laquelle il éprouva surtout des convulsions, des attaques épileptiformes, de la stupeur, un assoupissement profond.

A l'autopsie, on trouve un vers lombricoïde de 6 pouces de longueur sur deux lignes au moins de diamètre, qui avait passé dans le canal cholédoque et qui, en le déchirant, avait pénétré jusqu'à la réunion du conduit cystique avec l'hépatique, *qu'il avait percé* et dont il était sorti de la longueur d'un pouce; la vésicule de fiel, très dilatée et pleine de bile, visqueuse et d'un vert foncé; les parties environnantes fortement colorées par la bile et offrant des taches de couleur jaune foncé. — Il y avait dix-neuf lombrics dans l'intestin. On ne fait point mention de quelque lésion du foie ni du péritoine.

OBSERVATION XXVI (Lorrentini). — On voit à Naples, dans le cabinet du docteur Lorrentini, un foie conservé dans l'esprit de vin, avec le conduit cholédoque perforé par un ascaride lombricoïde qui était en partie renfermé dans ce canal et en partie pendant hors de ce canal, par une perforation qui y existe.

OBSERVATION XXVII. — Une pièce pathologique toute semblable se trouve à Vienne dans le cabinet du grand hôpital civil.

Ascarides dans les canaux biliaires et le tissu hépatique

OBSERVATION XXVIII. — Un jour, en incisant, à un pouce environ de profondeur, le grand lobe du foie, près de la scissure horizontale, quelle fut ma surprise de voir sortir de cette division deux parties d'un ver lombric, long de 4 à 5 pouces. Il était vivant. Sa loge était parfaitement circonscrite dans le grand diamètre de ce viscère ; nous ouvrîmes le sillon dans tout son trajet, il ne présentait à ses extrémités aucune issue, aucune ouverture sensible par laquelle on pût soupçonner qu'il ait pu s'introduire.

Depuis un an environ, le malade éprouvait une ou deux fois par jour des douleurs si violentes dans la région du foie, qu'elles le jetaient dans une espèce d'évanouissement qui durait quelques minutes. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, il se plaignait d'élancements vifs dans le côté droit ; il vomissait une quantité prodigieuse de bile noire et dégénérée. Les déjections par le bas étaient fréquentes et de même nature. Il est mort au septième jour.

OBSERVATION XXIX (Docteur Bourgeois). — En 1831, étant interne à l'hôpital des enfants, j'ai rencontré dans le foie d'un jeune garçon de 7 à 8 ans, vers le milieu de la largeur et l'épaisseur de la glande biliaire, un ver lombric de 6 à 7 centimètres de long, d'un blanc presque pur, rond et ferme et ne paraissant mort que depuis fort peu de temps ; il était enroulé sur lui-même à la manière de ces petits cylindres d'extrait de réglisse et occupait une dilatation considérable des conduits excréteurs de la bile, communiquant évidemment avec ces canaux par des ouvertures très appréciables. Il n'y avait dans cette espèce de poche, dont les parois étaient minces et nullement enflammées, aucun autre corps étranger que le ver lui-même. Il semblait s'être développé dans ce point des conduits hépatiques, qu'il avait considérablement distendus en grossissant. — Le reste de l'organe n'offrait rien d'anormal.

OBSERVATION XXX (Laënnec). — Le cadavre d'un enfant, âgé d'environ deux ans et demi, avait été apporté dans un amphithéâtre pour y servir à l'étude de la névrologie. Il paraissait avoir succombé à une maladie prompte, car il avait beaucoup d'embonpoint et tous les viscères étaient sains, si l'on excepte l'estomac et le foie. L'estomac était rempli de vers blancs, cylindriques, dont la longueur variait depuis 6 lignes jusqu'à 5 pouces et qu'il (Laënnec) reconnut pour des ascarides lombricoïdes aux trois tubercules demi-transparents que présentait leur tête examinée à la loupe.

« *Au côté gauche de l'estomac et tout près de l'œsophage,* s'ouvrait le conduit cholédoque qui avait en cet endroit environ 1/2 pouce de diamètre. Le conduit hépatique et ses ramifications offraient une dilatation proportionnée. Tous ces vaisseaux étaient remplis de lombrics et contenaient si peu de bile que les vers n'en étaient pas teints. La membrane muqueuse des voies biliaires offrait par endroits des rougeurs très marquées et accompagnées d'un peu d'épaississement. Dans quelques points, cette membrane était rongée et totalement détruite et les vers se trouvaient en contact immédiat avec le tissu du foie dans lequel *ils avaient creusé des petites cavités*, dont quelques-unes auraient pu loger une amande. Le foie présentait dans les parois de ces excavations un tissu mollasse, fongueux et plus rougeâtre que partout ailleurs. La vésicule biliaire était pleine d'ascarides lombricoïdes. Le conduit cystique n'était point dilaté; mais les membranes internes y formaient des replis qui semblaient annoncer que le conduit avait été précédemment dilaté; il ne contenait aucun ver. Le reste du canal intestinal n'en recélait également aucun.

OBSERVATION XXXI (Tonnelé). — Durand Louis, jeune garçon d'une bonne constitution et d'une santé ordinairement excellente, éprouva vers la fin de janvier 1829 divers troubles des

fonctions digestives, particulièrement de la diarrhée et des vomissements. Il devint depuis lors languissant et perdit sa gaîté et son embonpoint naturels. Conduit à l'hôpital le 18 mars de la même année, il présentait les symptômes suivants : ventre tendu, volumineux, sensible à la plus légère pression, surtout dans la région du foie, quatre ou cinq selles liquides par jour ; vomissements rares, langue rouge et sèche, soif vive, pouls fréquent, tiraillement des traits, air de souffrance et d'abattement. M. Jadelot fit d'abord appliquer quinze sangsues sur le côté droit, etc. L'enfant ne retirait aucun avantage de ces différents moyens ; chaque jour au contraire il s'affaiblissait davantage, lorsqu'il fut atteint en même temps de rougeole et de tous les symptômes qui caractérisent le croup. Cette terrible affection devait entraîner une perte inévitable et prochaine ; il n'en fut cependant rien ; les accidents se calmèrent et le petit malade ne mourut que dix jours après d'une pneumonie.

Autopsie. — Le lobe antérieur du cerveau contenait à la partie antérieur deux hydatides acéphalocystes du volumes d'une grosse noisette chacune et comme enchatonnées dans son tissu. Hépatisation rouge de la partie supérieure du poumon droit et de la base du gauche.

L'intestin grêle contenait environ trente vers lombrics rassemblés en plusieurs petites masses ; la membrane muqueuse était fortement injectée dans les divers points où ils séjournaient. Le foie avait conservé, à l'extérieur, son aspect naturel ; mais dans son intérieur, existaient trois foyers communiquant les uns avec les autres, deux plus petits et pleins d'un pus brun bien consistant, l'autre beaucoup plus étendu et rempli, partie par du pus, partie par un gros ver lombric roulé sur lui-même.

Vainement nous cherchâmes, avec la plus scrupuleuse attention, s'il n'existait point quelque communication entre ces cavités et les vaisseaux biliaires, au moyen de laquelle le ver

eût pu s'introduire dans le tissu du foie ; nous n'en trouvâmes aucun vestige.

Nous pensâmes donc que si le lombric était venu primitivement du tube digestif, ce qui paraît probable, il n'avait du moins été apporté qu'en germe dans le parenchyme du foie, qu'il s'y était ensuite développé, accru, et qu'il avait donné lieu, par sa présence, au travail d'inflammation et de suppuration dont cet organe nous présentait les traces.

OBSERVATION XXXII (Pellizzari). — Le 14 février 1857, on reçoit à l'hôpital *Santa-Maria-Nuova*, dans le service du docteur Gonnelli, un cordonnier âgé de 40 ans. Dès son entrée, il présente les symptômes d'un accès convulsif de nature épileptique : stupeur profonde ; aspect d'un homme très gravement malade ; émaciation considérable ; réponses incohérentes ; difficultés de la déglutition ; pouls, petit, fugace, déprimé ; aucune lésion dans les régions thoracique et abdominale.

La pensée du médecin s'arrête sur l'existence d'une congestion des méninges ou de l'encéphale et il prescrit en conséquence des ventouses, des sinapismes, une potion légèrement stimulante. Les jours suivants, on constate une amélioration momentanée, mais bientôt la prostration augmente et le malade meurt le 25, sans avoir jamais pu fournir de données exactes sur l'invasion et la nature de sa maladie.

Autopsie. — Rien de bien notable dans la tête et la poitrine. L'estomac contient douze vers lombrics, le duodénum cinq, l'iléon cinquante-huit, le gros intestin quatre. Sur la muqueuse intestinale apparaissent de légères arborisations sanguines ; les reins et la rate sont gorgés de sang.

A la surface convexe du lobe droit du foie, et dans sa partie la plus élevée, on aperçoit une aire blanchâtre de forme ovale (3 centimètres sur 1), ayant son grand diamètre de droite à

gauche. En pratiquant une incision, M. Pellizzari met à découvert un lombric. Un examen attentif de l'organe en fait voir un deuxième sur le côté gauche de la face convexe du lobe droit. Le premier ver est noué dans son milieu et entortillé sur ce centre. Le second est roulé en grande partie, mais l'une de ses extrémités plonge dans le parenchyme du foie. Les deux cavités qui les renferment contiennent une petite quantité de liquide granuleux de couleur blanc-jaunâtre, dans lequel le microscope décèle des globules de pus, des cellules épithéliales cylindriques, une grande quantité d'œufs d'ascarides lombricoïdes. Leur capacité est exactement en rapport avec le contenu ; leur surface est tapissée d'une couche de fibrine concrétée. — Quant au parenchyme hépatique environnant, il est plus coloré, plus compact, plus dur, vu la transsudation de matière plastique ; en un mot, il a les caractères de l'inflammation chronique et, comme cette altération est nécessairement due à la présence des lombricoïdes, il était aussi évident que ceux-ci existaient longtemps avant la mort.

Pour prouver à ses élèves qu'en réalité les deux vers lombricoïdes avaient pénétré dans le foie, en suivant la voie des conduits biliaires, le professeur Pellizzari institue diverses expériences. Tout d'abord, il met à découvert avec le plus grand soin le conduit hépatique, ses premières divisions, le sinus de la veine porte, afin de reconnaître celui de ces vaisseaux qui se trouverait en communication avec les cavités qui contenaient les lombrics. Cela fait, il remplit d'eau la cavité située à la partie gauche du lobe droit, dans l'espoir qu'en s'écoulant le liquide indiquera le chemin suivi par le ver dans sa pérégrination ; l'eau n'ayant pas diminué de niveau, il fallut admettre ou une oblitération du conduit hépatique ou son obstruction par l'animal. Alors il porte l'extrémité d'une seringue élastique très mince le long de la portion du lombric qui était cachée, et il l'insinua entre le ver lui-même et la substance du

foie. En poussant le piston, on vit immédiatement l'eau sortir par le conduit hépatique.

Pour rendre la démonstration plus évidente, le professeur Pellizzari retire le lombric de sa cavité, on aperçoit alors la partie jadis cachée teinte en jaune (cette portion était la caudale). Deux nouvelles expériences mettent l'opinion du docteur Pellizzari hors de doute.

En versant de l'eau dans la cavité, comme pour la première expérience, on la voit diminuer peu à peu et s'échapper par le conduit hépatique.

En poussant, au moyen d'une seringue, de l'eau dans le conduit hépatique, le fluide surgit immédiatement dans la cavité, et précisément dans le point où plongeait la queue de l'ascaride.

La présence de cellules épithéliales cylindriques dans le liquide qui baignait les deux vers, prouve qu'elles provenaient de la membrane interne des conduits biliaires et fait supposer à juste raison que les deux cavités n'étaient qu'une dilatation des conduits biliaires eux-mêmes.

De ces faits on peut raisonnablement conclure que les ascariides lombricoïdes ont pénétré dans le foie en suivant la voie des canaux cholédoque et hépatique, d'autant plus qu'on a trouvé dans le tube gastro-entérique une quantité considérable d'helminthes de la même espèce.

OBSERVATION XXXIII (Forget). — Une femme âgée de 65 ans, couturière, est apportée à la clinique le 7 avril 1855. On ne peut en tirer que des renseignements très vagues et très incomplets. Elle se dit malade depuis quinze jours, elle a éprouvé de la fièvre avec tout ; dyspnée, vomissements, bouche douloureuse. Nous constatons : prostration, état semi-comateux, narines pulvérulentes, dyspnée toute modérée, un crachat rouillé,

poitrine sonore en avant, en arrière et à droite dans toute la hauteur du thorax, matité, souffle tubaire, bronchophonie. Toutes les parois buccales sont recouvertes d'une matière blanchâtre, pultacée, déglutition difficile, douloureuse, soif vive, vomissements glaireux et bilieux, épigastre douloureux à la pression ; pas de diarrhée ; pouls à 90, petit et mou ; point de chaleur à la peau. Le 8, nuit agitée, orthopnée, crachats rouillés ; état de la veille. Le soir, réaction assez vive. Le 9, même état que la veille ; enduit pultacé très abondant, soif vive, une selle. Le 10, prostration, coma, bouche fuligineuse ; pouls presque insensible ; une selle involontaire. Mort à 5 heures du soir.

Le traitement avait consisté dans des potions stibiées, des vésicatoires volants, des sinapismes, vin et bouillon.

L'autopsie, faite 48 heures après, montra une hépatisation grise de toute la moitié postérieure du poumon droit. Rien de notable dans la cavité du crâne et dans les organes abdominaux, à l'exception du foie. Cet organe est de volume et d'aspect normal ; le canal cholédoque est occupé par une ascaride lombricoïde dont une extrémité fait saillie dans le duodénum, tandis que l'autre parvient jusque dans la division gauche du canal hépatique. Le ver qui remplit exactement les conduits biliaires offre une longueur de plus de 20 centimètres ; il n'est pas sensiblement altéré. En suivant avec la sonde cannelée et le scalpel la division droite du canal hépatique, on arrive dans une cavité anfractueuse, du volume d'une noix, contenant du pus blanchâtre et un ver lombricoïde pelotonné d'environ 8 centimètres de longueur ; ce ver est mou, flétri, comme macéré et mort depuis longtemps ; la cavité qui le contient paraît être une dilatation du conduit hépatique. Autour de cette cavité, *mais sans communication avec elle*, on rencontre dans le tissu du lobe gauche du foie une dizaine d'abcès purulents de diverses grandeurs, depuis le volume d'un pois

jusqu'à celui d'un marron, contenant une matière grumelaire, colorée par la bile et tapissée de pseudo-membranes épaisses et consistantes, autour desquelles le tissu du foie est d'un rouge foncé.

OBSERVATION XXXIV (Lobstein). — Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui entre à l'hôpital le 4 mars 1829. Elle était dans un état de marasme général, avec fièvre hectique, toux, crachats muqueux, tension dans l'hypochondre droit, pouls petit et fréquent. Plus tard, crachats puriformes, pectoriloquie au sommet du poumon droit. Le 9 avril, diarrhée, qui persiste plus ou moins jusqu'au 6 mai. Ce jour-là : frissons, vomissements bilieux qui se répètent les jours suivants. Faiblesse croissante, voix éteinte, lipothimie et dyspnée. Mort, le 15 mai.

Autopsie. — Le poumon gauche était parfaitement sain. Celui du côté droit contenait dans son sommet quelques tubercules ostéopierreux ; la partie inférieure était adhérente à la plèvre costale et renfermait une vomique d'une très grande capacité. Cette vomique communiquait d'une part à l'extérieur par une ouverture fistuleuse d'une étendue de trois lignes, placée entre les cinquième et sixième côtes sternales, sans que les muscles pectoraux, ni les téguments de cette partie fussent endommagés ; d'un autre côté, avec la partie supérieure du grand lobe du foie, au moyen d'un abcès de près de 2 pouces d'étendue, qui avait détruit le diaphragme dans cette partie.

Le foie était d'une texture saine dans toute la moitié gauche et dans le tiers inférieur de la moitié droite. Des brides celluleuses l'unissaient à la petite courbure de l'estomac, au côlon transverse et aux autres parties voisines. La partie supérieure de son côté droit, adhérente au diaphragme, contenait un grand nombre de tubercules blanchâtres et de vastes foyers

purulents semblables à des vomiques, remplies d'un pus lié, blanc jaunâtre et communiquant par une ouverture fistuleuse avec la perte de substance du diaphragme indiquée plus haut et, par ce moyen, avec la vomique du poumon. Le canal cholédoque et le canal hépatique étaient suffisamment dilatés pour permettre l'introduction du petit doigt ; l'un des conduits biliaires y aboutissant, dilaté de même, renfermait un lombrique long de 4 à 5 pouces. Rien de particulier dans les autres organes.

OBSERVATION XXXV (Lebert). — Une jeune fille, âgée de 15 ans habitant Zurich, est prise le 8 décembre 1854 d'un violent frisson, suivi de chaleur et de fièvre, soif vive, douleurs vagues dans le côté droit de l'abdomen, diarrhée. Le 16 décembre, le foie est le siège de douleurs assez vives, augmentant par la pression. Il dépasse les fausses côtes d'environ 2 travers de doigt. Les jours suivants, il y a de l'amélioration dans la douleur, la fièvre et la diarrhée. Le 22 décembre, il survient de la toux avec expectoration muqueuse peu abondante. Rien à l'auscultation. Le 26, expulsion de lombrics par le vomissement et par les selles ; la toux a cessé. Le 2 janvier, douleurs dans la partie inférieure droite du thorax ; son mat à la percussion, depuis l'omoplate jusqu'en bas ; respiration bronchique et bronchophonie dans toute cette étendue ; pouls 124, toux fréquente, crachats gluants, légèrement sanguinolents ; respiration 32, diarrhée. Le 4, râles crépitants avec la respiration bronchique. Le 5, à la base du poumon gauche, matité qui diminue le lendemain et disparaît les jours suivants. Les symptômes persistent à droite, respiration bronchique au sommet, matité en haut et à droite jusqu'au mamelon. Le 10, persistance des symptômes et de la diarrhée, œdème au pied droit. Le 11, son tympanique dans la partie antérieure et su-

périeure du côté droit du thorax et en arrière dans la moitié supérieure, matité en bas ; respiration amphorique autour du mamelon. Matité du foie jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus des côtes. Crachats non sanguinolents, dyspnée très forte. Le 12, tous les symptômes s'aggravent. Mort, le 13.

Autopsie 35 heures après la mort. — On constate la présence de gaz dans la plèvre du côté droit. « A l'ouverture du thorax, on trouve le poumon droit refou¹⁴ en arrière, mais fixé en bas au diaphragme. Un épanchement séreux, légèrement trouble, occupe la partie antérieure jusqu'au septième espace intercostal, où il est délimité par les adhérences et des fausses membranes. La principale altération est dans le foie. Déjà, en l'enlevant, on voit les conduits cholédoque cystique et hépatique dilatés, ils renferment plusieurs lombrics. La partie convexe du foie est intimement adhérente au diaphragme, et en le disséquant, on ouvre un abcès du foie ; on aperçoit à la surface de l'organe un certain nombre de petits foyers purulents. La veine porte est saine et montre seulement quelques caillots non adhérents, dans des ramifications de troisième ordre. Les abcès se trouvent partout en dehors de la veine, mais plusieurs d'entre eux communiquent avec des conduits biliaires, et dans deux, on trouve des lombrics très altérés, dont un surtout est presque diffluent par macération. La plupart des abcès se trouvent dans le lobe droit et varient entre le volume d'un petit pois et celui d'une pomme ; tout autour d'eux, le tissu hépatique est hyperhémie d'un rouge foncé avec légère diminution de consistance. Au microscope, on voit les cellules du foie normales, peut-être leur contenu graisseux un peu augmenté.

Le pus montre de fort beaux globules à noyaux. Le lobe gauche ne renferme pas d'abcès, mais également plusieurs lombrics dans les conduits biliaires. Le foie dans sa totalité n'est que légèrement au-dessus du volume normal.

Un des abcès du foie a largement perforé le diaphragme ; son ouverture, de plus de 1 centimètre de diamètre, communique avec la base du lobe pulmonaire inférieur droit, non seulement par une large ouverture, mais aussi par un certain nombre de petits trous et la partie correspondante du poumon est comme criblée de ces petites ouvertures, qui conduisent dans les infiltrations purulentes du parenchyme pulmonaire, et qui, par une communication directe avec les bronches, ont provoqué le pneumo-thorax. La membrane muqueuse bronchique est généralement hyperhémie et couverte d'un mucus purulent ; la partie supérieure du poumon droit est condensée et carnifiée ; le sommet gauche est oedémateux et renferme un seul tubercule crétaé.

OBSERVATION XXXVI (Kirkland). — Kirkland rapporte un cas semblable d'abcès qui s'était formé au niveau de la dernière fausse côte du côté droit. Lorsqu'il s'ouvrit, il en sortit un ver long et rouge et une grande quantité de pus. Par la suite, l'abcès se transforma en fistule par laquelle sortait chaque jour une certaine quantité de bile. Sans doute, la fistule communiquait avec la vésicule biliaire. Comment ce ver avait-il pu pénétrer là ? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer.

OBSERVATION XXXVII (Rœderer et Wagler). — Soldat. Point de renseignements sur la maladie.

Le foie se trouva d'un volume plus considérable qu'à l'état ordinaire.... Le lobe droit ayant été incisé près de la vésicule du fiel, il jaillit une humeur terne, aqueuse, du centre d'une tumeur enkystée, logée dans le parenchyme de ce viscère et dont une partie paraissait à sa surface convexe, couverte d'une peau blanche, dure et épaisse. Cette tumeur renfermait une grande quantité d'hydatides, mais sa cavité ne présentait au-

cun fluide ; de sorte qu'il parut que le liquide, sorti sous le coup de bistouri, appartenait à l'ouverture d'une hydatide un peu grande. Ces vésicules se trouvaient de différents volumes ; la plus considérable était de la grosseur d'un œuf de poule, d'autres étaient graduellement plus petites, les moindres étaient piriformes et linéaires, la figure des plus grandes était oblongue, les plus petites paraissaient parfaitement rondes.... Ces hydatides enlevées de la poche qui les contenait, il restait une concrétion membraneuse blanche, molle... Aux environs de cette concrétion, on découvrit un lombric petit, terne, rougeâtre, lisse, roide et dur. Quelques-unes de ces vésicules étaient marquées à leur surface d'une ou deux taches anciennes jaunes et bileuses.

Le kyste commun, irrégulier, approchait à peu près de la forme sphérique. Sa surface interne, déprimée çà et là, présentait par intervalles de petites éminences, de sorte que les cavités intermédiaires les plus grandes correspondaient aux hydatides les plus considérables... La cavité de ce grand kyste présentait *plusieurs orifices*, mais on ne put découvrir où ils aboutissaient. Sa paroi externe, répondant à la face convexe du foie, avait au moins une ou deux lignes d'épaisseur ; elle était d'une dureté tenant le milieu entre celle des cartilages et celle des ligaments... *Le conduit hépatique était ample*, et comme dans la dissection il avait été coupé près de son insertion dans le canal cholédoque, on ne put savoir s'il se rendait dans ce kyste ou non. Cependant il est vraisemblable, et cela est encore probable par les taches jaunes des hydatides, que le ver trouvé dans le sac y était parvenu du duodénum au moyen des conduits biliaires.

Six vers lombrics existaient dans l'intestin grêle ; quant à celui du foie, les auteurs ajoutent dans les réflexions annexées à l'observation : « Quoique ce ver fût très petit, sans doute faute de nourriture, il paraît cependant qu'il a joui de la vie

jusqu'à la fin de la maladie ; ce que nous avons pu juger par sa raideur et par la vivacité de sa couleur. »

OBSERVATION XXXVIII (Pellizzari, cité par le docteur Wateff). — Une fillette de 7 ans est entrée à l'hôpital avec une température élevée et des douleurs très fortes dans l'hypochondre droit. Le foie, très douloureux, est augmenté de volume à la palpation. Par l'émétique, on sort de nombreux lombrics. Quatre jours après, la mort survient avec convulsions.

À l'autopsie, on a trouvé : 9 ascarides dans l'intestin grêle, le foie augmenté contient 16 ascarides bien développés (12 femelles et 4 mâles). La tête du côté des terminaisons des conduits biliaires et la queue vers le duodénum ; six étaient dans les canaux biliaires, deux dans les canaux biliaires et le parenchyme, deux dans les premières divisions de canal hépatique, six dans le canal cholédoque et le canal hépatique. Tous les canaux biliaires étaient dilatés.

OBSERVATION XXXIX (Wateff). — Le malade D. G., 40 ans, cultivateur, entre à la clinique de l'hôpital « Alexandre » à Sofia, le 13 décembre 1901. Mort le 3 janvier 1902.

La maladie actuelle a commencé il y a 5 jours par une forte fièvre, de la soif, des douleurs dans tout le corps ; mal à la tête ; état de dépression très accentué, perte de l'appétit. Le malade tousse de temps à autre sans cracher. Pas d'épistaxis. N'est pas allé à la selle depuis une semaine. Il y a 4 ans, il eut une maladie semblable pour laquelle il est resté 15 jours au lit. Il n'a pas eu d'autres maladies ; a été toujours bien portant ; pas de dysenterie ; pas de maladies vénériennes ; pas d'alcoolisme.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, bien développé, amaigri. Le malade est : pathique, déprimé, il marche à peine,

il a toute sa connaissance. La peau du visage et du corps est jaune-verdâtre, pâle ; les muqueuses rouge-pâle ; les conjonctives un peu jaunâtres. Les mouvements de l'œil conservés, les pupilles dilatées, égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. La langue, sèche, saburrale, humide sur les bords. Rien à la gorge.

La poitrine bien développée ; les mouvements respiratoires normaux. Les fosses sous et sus-épineuses assez apparentes. Submatité à la base droite en arrière. Le murmure vésiculaire s'entend partout. Aux deux bases en arrière, on entend des râles secs. Le malade ne tousse pas. Vingt respirations à la minute.

Le cœur. — On ne voit pas battre la pointe, mais on la sent dans le cinquième espace intercostal un travers de doigt en dehors du mamelon. A la percussion, une légère augmentation de la matité cardiaque. A l'auscultation à la pointe, le premier bruit fort et sourd, le second assez net. A la base, les bruits sont normaux.

Le pouls régulier, rapide, 100 pulsations à la minute, plein, un peu dur, L'artère un peu scléreuse. T. 39° 5, le soir.

L'abdomen normal, mou, sonore, n'est pas douloureux à la pression. On n'atteint pas la rate, sa zone normale de matité est sonore.

Le foie déborde de 3 travers de doigt les fausses côtes dans la ligne mammaire et 4 travers de doigt sous le sternum. Le bord inférieur du foie lisse, épais, descend plus bas dans sa moitié droite. Sa surface est lisse, n'est pas douloureuse.

Les réflexes normaux, l'urine jaune foncé, à réaction acide, un peu trouble, contient de l'*indican*, beaucoup d'urates ; pas de sucre, ni albumine. Les selles n'ont rien de particulier. Le séro-diagnostic de Widal positif.

Cet état s'est aggravé dans l'espace de 20 jours par quelques

complications dangereuses, comme le montre la marche de la maladie.

Le malade se plaignait de la soif, de mal de tête et de la faiblesse. N'a senti ni frisson, ni froid, n'a pas sué. La marche de la température est la suivante :

Les 14, 15, 16, 17, 18, le thermomètre montait le soir jusqu'à 38°6, et le matin il redescendait jusqu'à 37°5.

Le 19. — 38°8 le matin, 39°4 le soir, embolie de la radiale droite.

Les 20, 21. — 38°4 le matin, 39°6 le soir ; 36°8 le matin, 38°5 le soir.

Le 22. — Il vomit 2 ascarides.

Le 24. — 36°7 le matin, 39°8 le soir. Embolie de la poplitée droite.

Les 25, 26, 27, 28. — La température se maintient à 38°.

Le 31. — 37°5 le matin, 37°7 le soir.

Les 1^{er}, 2 et 3 janvier, elle monte régulièrement et arrive à 39°2 aux derniers moments avant la mort.

Le pouls en général n'était pas rapide même quand la température montait. Il variait entre 85 et 95 à la minute. Les trois derniers jours, il faiblissait et devenait plus rapide. Le 31, 100 ; le 1^{er} janvier, 104 ; le 2 janvier, 120 ; le 3 janvier, 140.

La respiration ne présentait rien de particulier ; en général, 20 à la minute.

Le 15 décembre, le malade se plaint de douleurs dans la jambe droite au-dessus de la cheville. La jambe est rouge, tuméfiée et douloureuse dans cette région. Les douleurs augmentent le 16 et le 17 décembre, mais après application de compresses froides, elles diminuent peu à peu et disparaissent avec la tuméfaction.

Le 19, après une élévation de température, le malade présente une embolie de la radiale droite caractérisée par le refroidissement, la douleur, la disparition du pouls, etc.

Le 24 décembre, après une nouvelle poussée fébrile, embolie de la poplitée droite, suivie de gangrène.

Le 22, le malade a toussé et a vomi deux ascarides. Il a craché un peu. Les signes physiques sont les mêmes qu'à la rentrée. Le 23 décembre, à l'examen des crachats, on remarque qu'ils contiennent des globules de pus, des strepto, des staphylocoques, pas de pneumocoques, ni bacilles de Koch.

Le 25 décembre, le malade tousse et crache beaucoup. Les crachats sont purulents, fétides, hémoptoïques. A l'examen du thorax, on constate en arrière, à droite, sous l'omoplate, presque du tympanisme ; les vibrations sont augmentées, la respiration est faible. On trouve de nombreux râles humides, petits et gros. Dans le reste du poumon droit et dans tout le poumon gauche, la respiration vésiculaire est accompagnée de nombreux râles sibilants. A l'examen, les crachats contiennent de nombreux globules de pus, de l'épithélium alvéolaire, des fibres élastiques, des strepto, staphylocoques, des pneumocoques et des sarcines. Pas de bacille de Koch. Dans les derniers jours, la toux et les crachats diminuent, mais il y a encore quelques hémoptysies.

L'examen du sang montre que les globules blancs et les globules rouges sont en nombre et en rapport normaux.

Le foie est resté dans les mêmes limites qu'au commencement. Un ou deux jours avant la mort, il devient douloureux. La teinte jaune de la peau et des conjonctives augmente toujours et devient dans les derniers jours de la maladie assez intense. Les deux derniers jours, le malade annonçait une amélioration.

L'urine, en quantité normale, devenait avec l'augmentation de la jaunisse de plus en plus foncée. Le 25, réaction acide. P R, 1026, pas d'albumine, ni sucre, traces d'*indican* ; elle contient des pigments biliaires. Le 31 décembre on constate des traces d'albumine qui se maintiennent sans augmenter.

Avec l'apparition de nouvelles complications, les forces du malade diminuent, l'amaigrissement augmente, l'état général devient de jour en jour plus mauvais et le malade meurt le 3 janvier en pleine connaissance.

Autopsie. — *Le cœur.* — Hypertrophié ; foramen ovale ouvert qui laisserait passer le doigt d'un enfant.

Le poumon. — Légère congestion générale. Dans deux ou trois points à la base droite, on constate des petits foyers de ramollissement (*infarctus*). Les bronches sont pleines de mucus purulent.

Le foie augmenté une fois et demi de volume, irrégulier. Le lobe de Spiegel est 2 fois plus grand qu'à l'état normal. A la coupe, on constate que les conduits biliaires sont très dilatés et contiennent des ascarides lombricoïdes de différentes longueurs, 10 à 15 centimètres de long et 3 à 4 millimètres d'épaisseur, plusieurs par groupe à certains endroits. Dans quelques canaux des masses noires, résultat d'ascarides morts et dégénérés. Il y a plus de 20 ascarides (on ne les a pas exactement comptés, parce qu'on a conservé le foie au musée de l'hôpital).

En plein lobe droit et dans le lobule de Spiegel, autour des canaux biliaires, on trouve des abcès. Les canaux biliaires dilatés contiennent du pus. Dans le lobule de Spiegel, il n'y a pas d'ascarides, mais du pus qui se trouve dans un tissu spongieux à larges trous (abcès aréolaire). Cette tuméfaction est délimitée par un tissu scléreux. Il en est de même dans le lobe gauche.

Pas d'ascarides dans l'intestin et l'estomac.

Infarctus dans les reins, la rate, le poumon et le cerveau.

L'auteur qui, au début, avait pensé à la fièvre typhoïde revient ensuite au diagnostic d'abcès du foie de cause inconnue. Il attribue le séro de Widal à la maladie antérieure qui était probablement une fièvre typhoïde. A l'autopsie, il s'explique aussi bien la nature de l'abcès du foie que l'apparition des

embolies avant la lésion du poumon. L'ouverture du foramen ovale permettait aux embolies de passer directement du cœur droit dans le cœur gauche.

OBSERVATION XL (Kartulis). — Hassan Hussein, âgé de 30 ans, Egyptien, est entré le 30 juin 1886 à la section chirurgicale de l'hôpital d'Etat d'Alexandrie. Le malade est d'une très forte constitution, sa musculature est bien développée, mais il paraît souffrant. La couleur de la peau est pâle, les muqueuses très anémiées. Depuis quelque temps il a été traité à l'hôpital pour syphilis. Cette fois il y vient pour des gommès des jambes. Aucun renseignement se rapportant à la maladie actuelle. L'étrange évolution de son mal après le traitement local et l'iodure de potassium pendant quelques jours, nous a fait chercher plus minutieusement la cause de son état actuel. Le malade est très faible, parle très peu, a peu d'appétit, ne se lève jamais et tient sa tête toujours couverte. A la question de ce qui lui fait mal, il se plaint de douleurs et de picotements dans l'estomac et l'hypochondre droit. Le foie est augmenté de volume et douloureux à la pression. Le 21 juillet, il a une poussée fébrile. On pouvait attribuer l'anémie au paludisme, malgré cela la rate n'était pas hypertrophiée, et les fréquentes doses de quinine n'agissaient point sur cette fièvre (matin, 39° ; soir, 40°). Le 28 juillet, il a vomi quelques ascarides. Après avoir pris le même jour du calomel et de la santonine, il a eu quelques selles où se trouvaient des ascarides. Le médicament a eu le même succès les jours suivants : après quoi, il s'établit une diarrhée profuse sans ascarides. Il y avait des douleurs à l'épigastre et des palpitations. Le 4 août, le malade meurt.

A l'autopsie nous avons trouvé que tout l'intestin grêle était plein d'ascarides (120). Le gros intestin en contenait plus de

20, l'estomac autant. L'œsophage et le pharynx près de 20. Dans le duodénum, nous avons vu un ascaride qui pénétrait dans le cholédoque. Ce fait attira notre attention et nous entraîna à explorer plus loin. Nous avons trouvé alors les canaux cholédoque, hépatique et la vésicule pleins d'ascarides. Tous les canaux biliaires étaient énormes et couverts d'une muqueuse inégale et rugueuse. Le canal cholédoque contenait trois vers, l'hépatique trois, et la vésicule, où était peu de bile, cinq. Par l'intermédiaire des canaux biliaires dilatés et le canal hépatique, les ascarides avaient pénétré dans les trois lobes du foie. Le foie était assez hypertrophié, anémique et dur. Dans les coupes, on trouvait une quantité énorme de petits abcès qui communiquaient avec les canaux hépatiques et dans lesquels se trouvaient des ascarides. Ces canaux étaient dilatés jusqu'à 7 millimètres et leur muqueuse rugueuse. Autour de ces vaisseaux, on voyait une riche couche de tissu conjonctif, disposé en un cercle de 3 millimètres d'épaisseur. Le parenchyme du foie n'était pas uniformément coloré; on voit dans la coupe des bandes blanches et dures. Le plus grand nombre de ces vers se trouvait dans le lobe droit; il y en avait moins dans le lobe gauche. Dans le lobule de Spiegel, on en a trouvé cinq ou six. Dans tout le foie, nous avons compté, avec notre collègue, le docteur Schiess-Bey, près de 80 vers. Le plus souvent, ils étaient allongés. Il y en avait des deux sexes. Le plus gros mesurait 14 centimètres de long et 5 millimètres d'épaisseur; le plus petit avait 6 centimètres de long et 2 millimètres d'épaisseur. En général, ils étaient sensiblement plus petits que ceux de l'intestin grêle. La plupart d'entre eux étaient vivants.

En ce qui concerne les foyers purulents dans le foie, ils n'étaient pas dus à l'irritation produite par les vers, mais plutôt aux germes apportés de l'intestin. Des petites parties de foie qui contenaient des abcès, durcies par l'alcool et décou-

pées à l'aide du microtome, montrèrent que les colonnes dures, qui entouraient les canaux biliaires, se composaient de tissu conjonctif et de tissu vasculaire jeune. Les cellules hépatiques étaient atrophiées. On n'a pas trouvé d'œufs d'ascarides dans le parenchyme. Dans les autres organes, il n'y avait rien de remarquable, si ce n'est de l'anémie.

Nous trouvons dans le mémoire de Bonfils un cas de guérison d'une crise de colique hépatique, par l'administration d'un purgatif et l'expulsion d'un lombric que Schloss, l'auteur de l'observation, incrimine être l'agent de l'obstruction. L'incertitude de ce cas nous empêche de le publier en entier.

DEUXIÈME PARTIE

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Il suffit de lire les observations que nous rapportons pour se convaincre que les ascarides lombricoïdes peuvent émigrer dans les voies biliaires pendant la vie et produire des accidents très graves, le plus souvent mortels. Telle n'est pourtant pas l'opinion de tous ceux qui ont eu l'occasion de constater leur présence dans le foie. Cruveilhier, dans l'article « Entozoaires » du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, qu'il reproduit dans son *Anatomie pathologique* (t. II, p. 50), s'exprime ainsi : « C'est après la mort ou pendant l'agonie que je conçois la possibilité de l'introduction des helminthes intestinaux dans les conduits hépatiques. Comment admettre, en effet, que l'orifice commun des canaux cholédoque et pancréatique, qui, comme tous les orifices muqueux, doit être pourvu d'une vitalité si remarquable, permettrait pendant la vie la pénétration de ces helminthes dans les conduits biliaires.

» La preuve d'ailleurs, c'est que, dans le cas que j'ai cité plus haut (voir obs. XVI) et dans un autre cas que j'ai observé depuis, il n'y avait aucun signe d'inflammation ou de travail morbide quelconque dans les voies biliaires. »

L'opinion de Cruveilhier ainsi exprimée est trop exclusive pour être applicable à tous les cas. Que l'orifice commun des

canaux cholédoque et pancréatique constitue une barrière difficile à franchir par les ascarides, nous l'acceptons; la rareté extrême des cas observés en est la preuve, mais cette barrière n'est pas infranchissable. Que les ascarides lombricoïdes émigrent quelquefois dans les voies biliaires après la mort, le fait est incontestable et Cruveilhier a raison; son cas et quelques autres que nous rapportons le prouvent, mais est-ce une raison suffisante pour conclure qu'ils ne peuvent pas s'y introduire pendant la vie? Alors comment expliquerait-on les lésions des voies biliaires envahies par les ascarides émigrés? Comment expliquer les abcès du foie contenant des ascarides dégénérés? Comment expliquer la formation d'un calcul biliaire autour d'un lombric desséché? Ce n'est pourtant pas en un ou deux jours que ces phénomènes peuvent se produire. Enfin, si les ascarides ne pouvaient pénétrer dans les voies biliaires qu'après la mort, on devrait les trouver frais, consistants, durs, morts depuis peu et même vivants, tandis que nombreuses sont les observations où on les a trouvés complètement dégénérés, désagregés (Kartulis, Wateff, Lebert, etc.)

Dans les cas de Cruveilhier (obs. XVI), de Tonnelé (obs. III), d'Estevenet (obs. XXII), dans le cas de Forget (obs. XXXIII), le lombric trouvé dans le cholédoque, l'absence de symptômes pendant la vie et surtout de toute altération, constatée à l'autopsie du côté du foie et des canaux biliaires peuvent bien nous autoriser à penser que les ascarides ne se sont introduits qu'après la mort ou peu de temps avant. Mais dans tous les autres cas, nous nous croyons forcé d'admettre leur migration pendant la vie, faute de quoi l'explication des lésions trouvées serait impossible. D'ailleurs, Cruveilhier lui-même faisait exception pour le cas de Laënnec (obs. XXX), et aujourd'hui les cas semblables à celui-ci sont la grande majorité.

La possibilité de la migration des lombrics dans les voies biliaires, pendant la vie de leur hôte, nous paraît donc un fait

indéniable. Quel est maintenant le mécanisme de la pénétration et quelles sont les causes qui la favorisent ?

Davaine, dans son *Traité*, que nous avons déjà eu l'occasion de citer, dit : « Les lombrics ne se développent pas dans les voies biliaires, ni dans le tissu du foie. Ils n'y sont point portés en germe, comme on l'a dit de nos jours, mais ils arrivent de l'intestin. » D'autre part, en s'appuyant sur les travaux de Dematéis, de Turin, Guiart, dans un article intitulé : *Du rôle pathogène des ascarides lombricoïdes*, publié dans les *Archives de parasitologie*, critiquant l'opinion de Davaine, conclut que non seulement l'ascaride peut se développer dans le foie, mais « c'est à l'état jeune que l'helminthe pénètre dans le canal cholédoque, et plus n'est besoin d'admettre aujourd'hui que ce canal a dû être élargi au préalable par diverses causes, telles que le passage d'échinocoques ou de calculs biliaires. »

Entre ces deux opinions paraissant contraires, nous croyons qu'il faut s'arrêter à un juste milieu. D'une part, il suffit de lire les observations I, II, III, V, etc. pour se convaincre de la justesse de l'opinion de Davaine. Dans toutes ces observations, on cite le cas d'ascaride grand adulte (énorme dans l'observation de Broussais, aussi grand que ceux de l'intestin dans l'observation XXIII, etc.) engagé entièrement ou seulement en partie dans le canal cholédoque. Une fois dans le cholédoque, qu'est-ce qui l'empêcherait de monter plus haut ? Nous les prenons pour ainsi dire sur le fait. D'autre part, les observations XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, paraissent confirmer l'opinion de Guiart. Dourlen (obs. XXVIII) dit avoir trouvé un ver long de 4 à 5 pouces, vivant dans une loge bien circonscrite au milieu du parenchyme hépatique, sans qu'il ait pu trouver un orifice par lequel le ver aurait pu s'introduire. Si on peut admettre, dans ce cas, ou bien que, par un procédé convenable, on aurait pu découvrir un orifice de communication avec les voies biliaires, comme l'a démontré

dans un fait semblable Pellizzari, ou bien que l'orifice était réellement oblitéré par l'inflammation chronique, on doit, dans les deux cas, admettre que le ver y a vécu pendant longtemps, et qu'entré petit, il s'y est développé sur place. De même, dans les cas de Broussais, Tonnelé, Pellizzari, l'explication de ces auteurs et de Guiart nous paraît plus plausible. Nous croyons donc que les ascarides peuvent pénétrer dans les voies biliaires aussi bien à l'état adulte qu'à l'état jeune, et qu'il y a des cas où il faut accepter l'opinion de Davaine et d'autres qui sont plus conformes à celle de Guiart.

La pénétration d'ascarides jeunes dans les canaux biliaires est plus facile à expliquer, à cause de leur petit volume, qui est mieux en rapport avec l'orifice du cholédoque. Les mouvements énergiques dont ils sont pourvus leur permettent de forcer l'orifice de l'ampoule de Water. Quelles sont les causes qui favorisent la pénétration des ascarides adultes ? Ici encore, il faut faire intervenir leurs mouvements ; il suffit de les mettre dans de l'eau, de les chauffer à 37° ou 40°, comme l'a fait Davaine, pour se rendre compte de leur remarquable mobilité.

Il est à présumer que la dilatation préalable des canaux biliaires facilite leur migration, comme le pense Davaine. Ainsi agirait la lithiase biliaire, qu'on constate dans les observations VIII, XX, les hydatides et leur migration (obs. XXX. Enfin, Davaine croit que la migration des ascarides est plus fréquente pendant l'âge adulte du sujet, à cause de la fréquence même de l'affection calculieuse. Nous croyons que dans ce cas les dispositions anatomiques, le calibre plus large du cholédoque notamment, doivent être prises en considération. Enfin, nous pensons que la présence de nombreux ascarides dans le tube digestif doit expliquer certains cas. Dans le cas de Kartulis, on trouva des ascarides dans le pharynx, l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, le gros intestin, en très grand nombre ; ainsi leur présence dans les voies biliaires paraît-elle moins étrange.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le nombre des vers trouvés dans les canaux biliaires est très variable. Dans près de la moitié des cas (19), on en a trouvé plus de deux, le plus souvent leur nombre était considérable. On dirait qu'une fois l'orifice de l'ampoule de Water forcé, la porte reste ouverte et que les lombrics qui se trouvent dans l'intestin peuvent facilement s'y introduire. Plus rarement on n'en a trouvé qu'un ou deux, et dans ce cas ils siégeaient le plus souvent dans les grandes divisions des voies biliaires : le cholédoque, l'hépatique et ses premières branches. Deux ou trois fois seulement, un ou deux lombrics s'étaient introduits, nous dirons même égarés, dans le parenchyme du foie et s'y étaient développés dans une cavité propre. Au point de vue du siège, on en a rencontré : 10 fois dans le cholédoque, 5 dans la vésicule biliaire et le conduit cystique, 3 fois dans une cavité propre située dans le parenchyme hépatique. Dans les 22 autres cas, on les a trouvés dans l'hépatique et ses divisions ordinairement dilatées, quelquefois même ceux-ci étaient déchirés et les vers se trouvaient en plein tissu. On voit, d'après cette statistique, que le ver arrivé dans le cholédoque tend à avancer de plus en plus dans les divisions des vaisseaux biliaires, parce qu'il est probable qu'une fois engagé dans ces voies, il lui est impossible d'en ressortir, sauf peut-être dans le cas où il entrerait dans les vésicules biliaires où il lui serait possible de se

retourner et de retrouver la voie de sortie. D'autre part, il est à remarquer qu'on en trouve rarement dans la vésicule biliaire, même dans le cas où on en a trouvé un grand nombre dans les autres divisions des voies biliaires. La conformation anatomique du canal cystique, ne permettant presque pas sa cathétérisation, doit nous en donner la raison.

Le plus souvent, on a trouvé les vers blancs, durs, consistants, morts depuis peu, quelquefois même vivants; d'autres fois pourtant on les a trouvés morts et dégénérés. Dans les cas de Kartulis, de Wateff, de Lebert et d'autres, en même temps que des vers frais, on en a trouvé qui étaient dégénérés à un degré plus ou moins avancé, ce qui nous démontre que les helminthes avaient eu pendant longtemps le foie pour habitat; aussi, dans ces cas, en trouve-t-on de toute taille. Quelques auteurs ont remarqué leur développement moindre dans le foie que dans l'intestin, ce qui, probablement, doit être attribué au manque de nourriture.

En étudiant les observations au point de vue anatomo-pathologique, nous avons remarqué que les lombrics agissent de deux manières: d'abord ils agissent mécaniquement, soit en obstruant les canaux biliaires, le cholédoque le plus souvent, soit en les distendant; ensuite, venant d'un milieu septique (l'intestin), ils apportent avec eux des germes et infectent les voies biliaires dans lesquelles ils pénètrent. L'infection se propage le plus souvent dans le foie et y produit des abcès. Rarement elle va plus loin et produit des inflammations de voisinage comme il arrive dans le cas de Lebert; enfin, elle peut se propager à tout l'organisme et produire la pyohémie avec embolies septiques dans tous les organes (cas du docteur Wateff).

Pour faciliter l'étude de ces lésions variées, nous dirons d'abord quelques mots des lésions produites mécaniquement, les moins importantes; ensuite, nous étudierons les lésions

septiques des voies biliaires et les abcès du foie. Nous ne faisons que mentionner les lésions de voisinage et l'infection générale qui ne présentent rien de particulier dans le cas qui nous occupe.

Un ver assez gros s'introduisant dans le canal cholédoque peut l'obstruer et produire la rétention biliaire avec tous les symptômes qui la caractérisent. D'autre part, ils peuvent distendre le canal cholédoque et les vaisseaux biliaires, soit directement par leur volume, soit indirectement par la rétention biliaire. Ce fait a été signalé très souvent (obs. XX, XXIII, XXIX, etc.). Dans l'observation XXIII, il est dit que les lombrics formaient une espèce d'ampoule, située dans l'intérieur même de l'organe. Dans le cas de Laënnec, le cholédoque avait environ un demi-pouce de diamètre; dans le cas d'Estevenet, il atteignait le volume du doigt indicateur, etc.

Les lésions septiques des voies biliaires ont été bien décrites par Laënnec et Kartulis (les autres auteurs n'en donnent qu'une description insuffisante); aussi pour nous en faire une idée assez nette, il ne nous reste qu'à donner en entier cette partie de leurs observations.

Laënnec, dans l'observation que nous avons rapportée (obs. XXX) les décrit ainsi: « Le conduit cholédoque avait à son embouchure anormale (dans l'estomac) environ un demi-pouce de diamètre. Le conduit hépatique et ses ramifications offraient une dilatation proportionnée. Tous ces vaisseaux étaient remplis de lombrics et contenaient si peu de bile que les vers n'en étaient pas teints. La membrane muqueuse des voies biliaires offrait par endroits des rougeurs très marquées et accompagnées d'un peu d'épaississement. Dans quelques points, cette membrane était rongée et totalement détruite et les vers se trouvaient au contact immédiat avec le tissu du foie dans lequel ils avaient creusé de petites cavités dont quelques-unes auraient pu loger une amande. Le foie présentait dans la paroi de ces exca-

vations un tissu mollassé, fongueux et plus rougeâtre que partout ailleurs. » Kartulis donne une description à peu près semblable : « Ces canaux étaient dilatés jusqu'à 7 millimètres et leur muqueuse rugueuse. Autour de ces vaisseaux, on voit une riche couche de tissu conjonctif de 3 millimètres d'épaisseur qu'on a trouvée, au microscope, formée de fibres conjonctives et de vaisseaux de néo-formation. » Dans le cas de Kartulis, il nous semble apercevoir une lésion qui a évolué plus lentement et le tissu conjonctif a eu le temps de s'organiser. En lisant ces descriptions, on reconnaît très bien des lésions d'angiocholites et de périangiocholites aiguës et subaiguës. Les autres auteurs constatent la dilatation et la présence de pus dans l'intérieur des canaux.

Dans le cas où les auteurs ont trouvé des vers dans le cholédoque, l'hépatique ou ses premières branches, ils ne signalent pas d'altération notable de la muqueuse de ces canaux, mais la fièvre souvent élevée, qui accompagnait les symptômes d'obstruction nous fait supposer l'existence d'une angiocholite plus ou moins avancée.

Les lésions du canal cystique et de la vésicule biliaire n'ont pas été notées.

Les abcès du foie sont dus à l'infection des voies biliaires par voie ascendante. Ce sont des abcès angiocholitiques absolument comparables à ceux qu'on observe à la suite d'angiocholite d'origine calculieuse. D'ailleurs il n'y a que l'agent infectant qui change. Si dans un cas c'est le calcul biliaire qui fait l'obstruction, suivi de rétention biliaire et d'infection, dans le cas qui nous occupe, ce sont les ascarides eux-mêmes qui apportent les germes de l'intestin. L'angiocholite constituée, l'infection progresse de la même manière dans les deux cas, elle produit des abcès du foie d'origine biliaire. Comme dans le cas d'infection dû à la lithiase, nous trouvons des abcès indépendants dus à la périangiocholite. Le cas de Forget est un

exemple de ce genre. Plus souvent les abcès communiquent avec les voies biliaires et contiennent des ascarides. Tel est le cas remarquable de Kartulis. Dans le cas du docteur Wateff, il y avait des abcès indépendants qui avaient transformé le lobule de Spiegel en une éponge à larges trous imbibée de pus, rappelant l'abcès aréolaire de Chauffard et des abcès communiquant avec les canaux biliaires et contenant des lombrics.

Le nombre des abcès est très variable. Dans les cas de Broussais et de Dourlen, on n'en trouve qu'un seul au milieu duquel on constate la présence de l'agent du délit, le lombric. Dans le cas de Pellizzari, il y en avait deux; dans celui de Tonnelé, trois; enfin, dans les cas de Forget, Lebert, Wateff et Kartulis, il y en avait un grand nombre.

Leur volume est aussi très inconstant. On en a cité de tout petits comme un pois; les plus grands ne dépassaient pas le volume d'une grosse noix.

Nous nous dispensons de donner une description détaillée de ces abcès, ainsi que du foie hypertrophié dans son ensemble. Il suffit de mettre quelques ascarides dans les abcès d'origine calculieuse, qui sont bien décrits par les classiques, pour avoir les cas de Wateff, Kartulis et d'autres.

Une fois l'abcès constitué, il peut s'ouvrir à l'extérieur (Kirkland), dans le poumon à travers le diaphragme (Lebert), ou enfin donner lieu à une infection générale (Wateff). Le plus souvent pourtant, la mort a enlevé le malade avant qu'aucune propagation ait eu le temps de se produire.

SYMPTOMATOLOGIE

Sur les quarante observations que nous rapportons, les symptômes n'étaient notés que dans dix-huit. En étudiant ces dernières, on est frappé de la variabilité extrême des symptômes. Chaque cas a son cachet particulier. Malgré cela, nous croyons pouvoir les diviser d'après les symptômes dominants en deux grands groupes. Dans le premier, nous mettons les observations 2, 7, 9, 13, 15, 21, 23, 25, 28, 32. Dans le second les observations 31, 35, 38, 39 et 40.

Dans les observations du premier groupe, les symptômes dominants sont dus à l'action mécanique des ascarides. Cette action peut se manifester de deux manières, soit en obstruant les canaux, soit en produisant par leur irritation de la douleur ou des réflexes plus ou moins généralisés. On peut, par conséquent, former deux subdivisions : dans la première, nous mettrons les observations 2, 7, 9, 15, dans lesquelles on constate des symptômes d'obstruction ; dans la seconde, nous mettrons les observations 13, 21, 23, 28, 32. Ici les troubles marqués sont d'origine nerveuse.

Dans tout ce premier groupe, les symptômes dus à l'infection restent au second plan.

Il n'en est pas de même du second ; ici, l'infection prend le premier rang, elle constitue la maladie.

Etudions maintenant chacun de ces groupes séparément.

PREMIER GROUPE. — A. *Obstruction biliaire.* — Les cas d'obstruction biliaire sont bien nets, surtout quand le ver s'engage dans le canal cholédoque, si sa grosseur est suffisante pour obturer complètement l'orifice de ce canal. La bile ne peut plus circuler, et les symptômes de rétention ne tardent pas à apparaître. Dans quatre de nos observations, le fait s'est produit. Dans le cas de Broussais (obs. II), le malade présentait de l'ictère, une fièvre très forte, de l'agitation, des convulsions. A l'autopsie, il trouve un énorme lombric dans le canal cholédoque. Le cas de Lieutaud est typique; le malade est atteint d'une fièvre aiguë avec tranchées dans le ventre. La salive coule abondamment, le ventre s'enfle, surtout du côté de l'hypochondre droit. La face et les yeux prennent une teinte jaune, de la cardialgie survient, le pouls devient inégal, les selles deviennent blanches, et, enfin, au milieu de douleurs atroces, les convulsions enlèvent le malade. Les cas du docteur Treille et du docteur Buona Parte en sont encore des exemples. Dans tous ces cas, la fièvre, accompagnant les symptômes d'obstruction, nous fait penser à une infection du canal.

Tels sont les signes de l'obstruction du cholédoque, l'obstruction des autres canaux biliaires produit de l'ictère beaucoup moins intense, qui, d'ailleurs, passe au second rang en rapport avec les troubles d'origine infectieuse.

B. *Troubles nerveux.* — Bonfils, se basant sur trois observations, croit que les vers peuvent produire la colique hépatique, semblable à la colique due à la migration d'un calcul. Nos observations ne viennent pas confirmer ce fait. Celles sur lesquelles il se base sont contestables. La première, due à Wierius, raconte l'histoire d'une jeune fille souffrant de coliques qu'on attribuait soit à la colique hépatique, soit à la menstruation. Elle dépérit vite et meurt. A l'autopsie, on trouve une bile noirâtre dans le cholédoque dilaté, *mais pas de vers*, fait

qui nous a empêché de la reproduire. La seconde est l'observation de Schloss, sur laquelle nous avons déjà donné notre opinion à la fin de la première partie de notre ouvrage ; enfin, la troisième observation qui lui sert de base pour établir la colique vermineuse est celle de Dourlen (obs. XXVIII). Le ver était, dans ce cas, encapsulé depuis longtemps dans le parenchyme du foie. Comment pouvait-il produire des spasmes douloureux, des coliques du cholédoque ? Nous reconnaissons cependant qu'on peut être tenté de croire, avec Bonfils, que les vers s'introduisant dans le cholédoque devraient produire la colique hépatique, comme la produit le calcul biliaire ; mais nous ne possédons pas d'observations constatant le fait, excepté peut-être l'observation XXI où on constata de *légères* coliques. Le manque de spasmes pendant la pénétration des lombrics dans l'orifice du cholédoque ne nous montrerait-il pas que ceux-ci doivent s'y introduire jeunes, très minces, et le fait ne serait-il pas à l'appui de la théorie de Guiart.

Des troubles nerveux sont notés dans les observations 13, 21, 23, 28, 32.

Dans l'observation XXI, un enfant se plaint de *légères* coliques, qui furent suivies de convulsions très fortes entraînant la mort. A l'autopsie, on trouve deux lombrics dans les conduits biliaires.

Dans l'observation XIII, Carlo Lorry raconte qu'un maniaque tourmenté continuellement par une légère ulcération du nez et de la lèvre supérieure, est pris successivement de crampe assez douloureuses dans les mains, dans les bras, puis dans les pieds et dans les jambes. Aussitôt succèdent des convulsions générales très violentes qui durent pendant plusieurs jours. Alors le malade, en proie aux tortures les plus atroces, poussant des lamentations, vomissant une grande quantité de lombrics, était glacé d'épouvante.

L'observation XXIII rapporte qu'un enfant tuberculeux,

toussant, crachant, vomit un jour une quinzaine d'ascarides et devient morose. Il est assoupi et aucun effort ne peut le tirer de cet état. Le pouls devient lent, irrégulier, ainsi que la respiration et l'enfant meurt sans convulsions. A l'autopsie, on trouve l'intestin littéralement plein d'ascarides, on en trouve un très grand nombre dans les voies biliaires.

Ces observations nous montrent que la présence, dans les canaux biliaires, de lombrics, peut produire des troubles nerveux réflexes très graves qui amènent la mort, soit avec convulsions, soit sans convulsions. Dans les deux cas suivants les troubles réflexes sont dus à la présence de vers dans le parenchyme même du foie.

Le malade de Dourlen (Observ. XXVIII) se plaint depuis un an de douleurs si violentes dans la région hépatique qu'elles le jettent dans une espèce d'évanouissement qui durait quelques minutes. Ces douleurs se répétaient deux ou trois fois par jour. A l'autopsie, on découvrit un ver dans une cavité propre située en plein foie.

Enfin, dans le cas de Pellizzari (Observ. XXXII), le malade a un accès de nature épileptique ; le pouls, petit, fugace ; prostration. — A l'autopsie, on trouve de très nombreux vers dans l'intestin, et deux dans le parenchyme hépatique. Dans ce cas ainsi que dans l'observation XXIII, nous croyons que le grand nombre de lombrics dans l'intestin devait avoir joué un grand rôle.

2^e GROUPE. — *Infection des voies biliaires.* — Dans le second groupe, les signes dominants sont ceux de l'abcès du foie : augmentation de volume du foie, douleur spontanée à l'hypocondre droit, augmentée à la pression, fièvre. Une seule fois on a remarqué l'ictère progressif (Wateff). Tous les malades ont présenté un état d'abattement, de souffrance. Les troubles digestifs sont la règle. Dans deux cas de Lebert, à ces symp-

tômes s'ajoutent ceux de la communication ultérieure avec le poumon. Dans celui de Wateff apparaissent des complications de pyohémie.

Avant de finir avec la symptomatologie, nous mentionnerons l'observation de Forget, dans laquelle une pneumonie mortelle masqua les symptômes de l'abcès du foie. Enfin, nous avons intentionnellement omis le cas de Lobstein (Observ. XXXI), parce que l'origine de l'abcès du foie dans ce cas nous paraît douteuse.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Après l'exposé de la symptomatologie, il devient clair qu'on doit étudier le diagnostic séparément pour chacun des deux groupes que nous avons établis.

L'obstruction du cholédoque et la rétention biliaire consécutive se traduisent par les mêmes signes que dans les cas d'obstruction par le calcul biliaire. D'autre part les ictères infectieux ne sont distingués des ictères d'origine calculieuse, que par l'absence de colique hépatique. Si donc, dans le cas qui nous occupe, le diagnostic d'obstruction peut être facilement posé, le diagnostic étiologique est, croyons-nous, impossible. Rien ne nous autorise à incriminer un lombric, même dans le cas où l'individu en expulse, parce que l'expulsion de lombrics au cours des troubles gastro-intestinaux, accompagnant l'ictère, est chose banale.

Quant à ce qui concerne le diagnostic étiologique des formes à troubles nerveux, il est encore impossible, vu que ces réflexes sont comparables à ceux produits par la présence de vers dans l'intestin, et ce second cas est de beaucoup le plus fréquent.

L'abcès du foie, d'origine vermineuse, ne présente aucun symptôme caractéristique. Dans les cas que nous rapportons, le diagnostic d'hépatite suppurée est relativement facile. Quant au diagnostic causal, il est encore impossible, ses symptômes étant ceux de l'abcès d'origine quelconque.

L'expulsion d'ascarides ne peut influencer en rien le diagnostic, parce que pendant les accès fébriles quels qu'ils soient, il est fréquent de les voir sortir, soit par la bouche, soit par l'anüs.

D'ailleurs, comme dit Mosler, personne n'a diagnostiqué la présence de vers dans le foie pendant la vie du malade. Tous les cas connus n'ont été diagnostiqués qu'à l'autopsie. Aussi le professeur Forget, dans la lettre qu'il adressait à Fauconneau-Dufresne, avec son observation, disait qu'il ne faut pas trop se formaliser de l'impossibilité du diagnostic, parce que le diagnostic, même exactement posé, n'influencerait que très peu notre traitement ; aucun médicament ne nous permettant de chasser les ascarides de leur repère.

Peut-être un jour, quelque hardi chirurgien, désirant désobstruer un canal cholédoque, le trouvera occupé par un lombric et pourra nous fournir un cas de guérison de cette affection.

Dans les cas d'abcès du foie d'origine vermineuse, nous pensons que la chirurgie sera le plus souvent impuissante, à cause de leur multiplicité.

Dans toute cette étude, nous avons intentionnellement omis de parler de la perforation du cholédoque par les ascarides, parce que nous ne possédons qu'un petit nombre de cas qui, d'ailleurs, sont fort incomplètement rapportés, et surtout à cause de la longue discussion sur la perforation des tuniques intestinales en général que nous aurions été forcé de faire, et qui, à elle seule, suffirait pour faire un travail considérable.

CONCLUSIONS

Les ascarides lombricoïdes peuvent pénétrer soit à l'état jeune, soit à l'état adulte, dans les voies biliaires de l'hôte qui les abrite et y produire des lésions très graves.

Le mécanisme de leur pénétration et les causes qui la favorisent sont incomplètement connues.

Les lésions produites par leur présence sont de deux sortes :

1° Mécaniques { *a*) obstruction.
 { *b*) dilatation.

Septiques { angiocholite aiguë ou subaiguë.
 { abcès du foie.

La symptomatologie ne fait que traduire les lésions internes. Elle ne donne aucun symptôme particulier qui pourrait nous faire poser le diagnostic étiologique pendant la vie de l'individu.

Quant au traitement, il est le même que dans les maladies produites par d'autres causes d'obstruction et d'infection des voies biliaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. BONFIS. — Archives générales de médecine, 1858. I. p. 661.
2. DAVAINÉ. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, page 156. Paris 1860.
3. BROUSSAIS. — Histoire des phlegmasies chroniques, 4^e édition. Paris 1826, t. III, p. 272.
4. TONNELÉ. — Réflexions et observations sur les accidents produits par les vers lombrics. Journal hebdomadaire, Paris 182, t. IV, n^o 47, p. 292.
5. FAUCONNEAU-DUFRESNE. — Précis des maladies du foie et du pancréas, Paris 1856, p. 279.
6. CRUVEILHIER. — Dictionnaire de médecine et chirurgie, art. « Entozoaires », p. 340; et Anatomie pathologique, t. II, p. 50.
7. GUERSANT. — Dictionnaire de médecine, 1828, t. XXI, p. 244.
8. *Bulletin général de Thérapeutique*, Paris 1846, t. XXXI, p. 221.
9. FONTANEILLES. — Revue médicale, septembre 1835.
10. *Journal de médecine, chirurgie, etc.*, de Leroux, t. IV, p. 346.

11. Rapport sur une observation lue par LAËNNEC, Bulletin de la Faculté de médecine, n° 5, 20 nivôse an XIII, et Dictionnaire des sciences médicales, p. 344.
12. FORGET. — Union médicale, 29 mai 1856.
13. LEBERT. — Traité d'anatomie pathologique, Paris 1857, t. I, p. 412.
14. LEUCKART. — Di manslichen Parasiten. Leipzig, 1886.
15. MOSLER und PEIPER. — Fhierische parasiten, 1894, in Specielle pathologie und Therapie.
16. Centralblatt für Bact. und Parasitenkunde.
17. GUIART. — Archives de parasit. t. III, n° 1, p. 70. 1900.
18. DEMATEIS. — Ac. di. med. di Torino Maggio 1900.
19. HANOT. — Congrès de médecine de Bordeaux, 1895.
20. MACHIAFAVA. — Académie de médecine de Rome, séance du 21 février 1895.
21. BOSSUAT. — Helminthes dans le foie. Thèse de Paris 1904.
22. PELLIZZARI. — Union médical, 1867, n° 138.
23. WATEFF. — Meditzinski naprédk, an III.

Vu et permis d'imprimer
Pour le Recteur
Président du Conseil de l'Université
Le Doyen délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 juillet 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
